ITEM 314 : TUMEUR VÉSICALE

- 7e cancer le plus fréquent en France avec 14 000 cas/an, 3e cancer urologique, 3 % des décès par cancer.
- Âge moyen de 75 ans, majorité chez les hommes (4/1).
- 95 % des cas : tumeur **urothéliale (cellules transitionnelles)** = épithélium de revêtement de tout l'arbre urinaire, des cavités excrétrices rénales au méat urétral.
- **Vessie touchée préférentiellement (95 %) car grande surface et contact prolongé avec les carcinogènes** = rôle de réservoir capacitatif.
- Prise en charge dépend du **caractère infiltrant ou non du muscle vésical.**
  - Tumeur vésicale non infiltrant le muscle (TVNIM) (80 % des cas) :
    - Atteinte épithélium de revêtement (pTa) ou du chorion (pT1).
    - TTT : conservateur.
    - Objectif : éviter récidive/progression vers forme infiltrante.
    - Critères de gravité : multifocalité, volume tumoral, grade tumoral, CIS, récidive.
  - Tumeur vésicale infiltrant le muscle (TVIM) (20 % des cas) :
    - = ≥ pT2.
    - TTT : non conservateur (cystectomie).
    - Objectif : éviter les metastases.
- Une tumeur de vessie doit faire rechercher une **seconde localisation de tumeur urothéliale** (calices → urètre).

DG

FdR

- **Tabac** : RR = 3.
- **Exposition professionnelle** (10 %) : **amines aromatiques** (colorant, plastique, caoutchouc), **nitrosamine** (colorant, conserve de poisson), **hydrocarbure aromatique polycyclique** (goudron, métallurgie, suie de combustion du charbon, industries du fer et de l'acier) = tableau 15 ter et 16 bis des pathologies en médecine du travail.

→ La découverte d'une tumeur de la vessie doit faire évoquer systématiquement une exposition professionnelle.

→ Surveillance par **cytologie urinaire** tous les 6 mois si exposition à risque très élevée ou > 1 an à risque élevé.

- Inflammation/irritation vésicale :
  - **Bilharziose urinaire** (origine africaine, surtout égyptienne) → carcinome épidermoïde.
  - Sondage vésical chronique (vessie neurologique).
  - Irradiation pelvienne, retardée (plus de 5 ans).
  - Exposition à certains chimiothérapies (cyclophosphamide au long cours).
- Atcd : **tumeur du bas ou du haut appareil urinaire, syndrome de Lynch.**

C

- **Hématurie macroscopique** (80 %) : souvent terminale associée à des caillots, toute hématurie micro ou macroscopique doit faire rechercher une tumeur vésicale (mais aussi une tumeur d'un rein ou d'un uretère).

→ Si abondante : totale et risque de RAU par caillotage intravésical.

- **Signes irritatifs vésicaux** (20 %) : **pollakiurie, urgenturies, impériosité, brûlure mictionnelle** → doit faire rechercher une tumeur vésicale après élimination d'une infection urinaire par l'ECBU.
- Rechercher des signes en faveur d'une extension loco-régionale :
  - Touchers pelviens (recherche d'un blindage pelvien).
  - Palpation abdominale et lombaire (masse hypogastrique = tumeur volumineuse ? /douleurs lombaires = obstruction urétérale ?)
- Rechercher des signes en faveur de métastases :
  - ADP sus-claviculaires ?
  - Signes d'anémie, de dénutrition ?
  - Palpation osseuse douloureuse ?
  - Auscultation pulmonaire.
  - AEG.
- **Score G8 si âge > 70 ans** : outil de dépistage gériatrique qui permet aux oncologues d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie.

EC

Créatinine

- **Évaluer le retentissement rénal.**
- Indispensable avant de prescrire un uro-TDM pour rechercher une tumeur synchrone du haut appareil urinaire.

<table>
<tr><td rowspan="3">HISTOLOGIE</td><td rowspan="2"></td><td>Cytologie urinaire</td><td>= Recherche de cellules tumorales dans les urines (sur 3 jours) par examen anatomopathologique.
- Résultat :
• Résultat normal : le diagnostic de carcinome urothélial n’est pas écarté.
• Cellules atypiques : une nouvelle cytologie peut être demandée.
• Cellules suspectes : cystoscopie pour confirmer le diagnostic et localiser la tumeur.
• Sa normalité n’exclut pas le diagnostic et ne dispense pas d’une cystoscopie.</td></tr>
<tr><td>Cystoscopie</td><td>= Examen de référence : en consultation, sous AL, après ECBU stérile.
- Avec un fibroscope souple > rigide.
- Cartographie vésicale avec schéma détaillé : nombre, taille, topographie, aspect des tumeurs (polype sessile ou pédiculé, papillaire ou solide…) et de la muqueuse vésicale (érythémateuse si CIS).
- Optionnelle si forte suspicion de tumeur vésicale à l’imagerie (échographie vésicale ou uro-scanner).
➝ Seule une fibroscopie normale permet d’exclure le diagnostic de tumeur de vessie.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Résection transurétrale de vessie (RTUV)</td><td>- Indication : tumeur visualisée à la cystoscopie ou à l’échographie.
- Condition : au bloc opératoire, sous AG ou ALR, ECBU stérile, arrêt des ATC (ou relais).
- Doit être macroscopiquement complète (ce n’est donc pas une biopsie), suffisamment profonde pour atteindre le détrusor et respecter les méats urétraux si non envahis.
- Rôles :
• Diagnostique : diagnostic anatomopathologique de certitude et histologie.
• Pronostique : stade et grade tumoral, distingue TVNIM/TVIM, évalue risque de progression/récidive en cas de TVNIM.
• Thérapeutique en cas de TNVIM.
/!\ Pour les TVIM la résection ne permet pas de dire s’il s’agit de T2, T3 ou T4, seule la cystectomie le permet.</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>- <u>Type histologique</u> :
• Carcinome urothélial (90 %) : différenciation épidermoïde (6 %) ou adénocarcinomateuse.
• Formes rares (6 %) : carcinome épidermoïde (penser bilharziose en Égypte ou au Moyen-Orient).
• Formes exceptionnelles (< 1 %) : adénocarcinome, carcinome micro-papillaire, carcinomes neuroendocrines, sarcomes.
- <u>Stade tumoral T</u> = profondeur de l’envahissement vésical :
• TVNIM : ≤ T1 :
○ Ta : tumeur papillaire.
○ Tis : carcinome in situ (toujours agressif).
○ T1 : chorion.
• TVIM : ≥ T2 :
○ T2 = musculeuse.
○ T3 = graisse péri-vésicale.
○ T4 = organe de voisinage.
➝ En cas de TVIM, seule la pièce opératoire de cystectomie permet la stadification définitive T2, T3 ou T4.
- <u>Grade tumoral</u> : degré de différenciation de la tumeur ➝ valeur pronostique :
• Néoplasie de faible potentiel de malignité.
• Bas grade (bon pronostic).
• Haut grade (mauvais pronostic).
/!\ attention : CIS et TVIM sont toujours de haut grade.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>FACTEURS PRONOSTIQUES ET STADIFICATION DU RISQUE DES</td><td colspan="3">- TVNIM (80 % des cas) : > 80 % de survie à 5 ans, avec récidive (50 % des cas) ou évolution en TVIM (15 % des cas).
- TVIM (20 % des cas) : < 50 % de survie à 5 ans, avec risque d'évolution métastatique.
- <u>Critères anatomopathologiques (majeurs)</u> :
• Stade T, grade G, présence de carcinome in situ.
• = risque de progression.
<u>Critères endoscopiques (mineurs)</u>
• Tumeur récidivante, multifocalité, taille > 3 cm.
• = risque de récidive.
- Au total 4 groupes de risque (= guident le traitement)
• Risque faible : Ta, bas grade, < 3 cm, unifocale, pas d'ATCD de tumeur vésicale.
• Risque intermédiaire : Ta, bas grade, aucun des critères de haut/très haut risque.
• Risque élevé : pT1 ou haut grade ou CIS.
• Risque très élevé : pT1 + haut grade + CIS ou multifocal ou > 3 cm ou envahissement lymphovasculaire ou localisation urétrale.</td></tr>
<tr><td rowspan="7">TVIM NON MÉTASTATIQUE</td><td>Extension</td><td colspan="2">- Aucun bilan d'extension n'est nécessaire pour la tumeur vésicale elle-même.
- Uroscanner avec un temps tardif urinaire ou excrétoire : recherche d'une tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures concomitante.</td></tr>
<tr><td>Bases du TTT</td><td colspan="2">- Arrêt de l'exposition aux carcinogènes.
- RCP, ALD.
- Soins de supports associés.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td>2d RTUV</td><td>= 2d look pour stadification plus précise, 4 à 6 semaines après la 1re RTUV si :
• 1re résection probablement incomplète (tumeur volumineuse).
• Risque de méconnaitre une TVIM (stade T1, muscle non visualisé sur les copeaux).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Instillation endovésicale</td><td>= Instillation de mitomycine C (Amétycine®) ou de BCG (Immucyst®, Oncotice®).
- Indications dépendent du risque de récidive et de progression vers TVIM.</td></tr>
<tr><td>Indication</td><td>- Faible risque : instillations en post-opératoire précoce puis cystoscopie précoce puis annuelle.
- Risque intermédiaire : mitomycine intravésicale ou BCG-thérapie courte puis cystoscopie précoce puis 1x/6 mois.
- Risque élevé : BCG thérapie longue puis cystoscopie précoce puis 1x/3 mois.
- Risque très élevé : proposer cystectomie/si refus idem risque élevé.</td></tr>
<tr><td>Extension</td><td colspan="2">- Uroscanner avec un temps tardif urinaire ou excrétoire : recherche d'une tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures concomitante, dilatation des cavités pyélocalicielles en cas d'obstruction, envahissement loco-régional et à distance (ADP et MT).
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté avec temps tardif urinaire (uroscanner) : obstruction urétérale, tumeur des VEUS, envahissement loco-régional et à distance (ADP et MT).
- Sur point d'appel :
• Scintigraphie osseuse si douleurs osseuses, anomalie osseuse au TDM, métastases pulmonaires.
• TDM cérébrale si troubles neurologiques.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT</td><td>Traitement chirurgical curatif</td><td>Traitement chirurgical non conservateur.
- Cysto-prostatectomie totale chez l'homme.
- Pelvectomie antérieure chez la femme : cysto-urétrectomie + hystérectomie + annexectomie + exérèse de la paroi antérieure du vagin.
- Curage ganglionnaire pelvien systématique.
- Déviation urinaire :
• Non continente : urétérostomie directe ou transiléale type Bricker.
• Continente : entérocystoplastie (néo-vessie).</td></tr>
<tr><td>Traitement adjuvant</td><td>- Chimiothérapie néoadjuvante (cisplatine).
- Si refus/contre-indication de cystectomie : résections-radio-chimiothérapie précédée d'une chimiothérapie néo-adjuvante.</td></tr>
<tr><td>Suivi</td><td colspan="2">- Examen clinique + TDM thoraco-abdo-pelvienne tous les 6 mois.</td></tr>
</table>

TVIM MÉTASTATIQUE

- Pas de traitement curateur (pas de cystectomie).
- But du traitement : retarder l'évolution de la maladie = TTT palliatif :
  - **Chimiothérapie** (cisplatine) en 1re intention.
  - Immunothérapie systémique en 2de intention (inhibiteurs de check-point).
- Surveillance : clinique + radiologique.
- Ne pas oublier les soins palliatifs et de confort.